

FOR OFFICE USE

VFC-IM

Private-IM

**2016 Forma de Consentimiento de la Escuela Para  
Del Departamento de Salud Publica Del Condado de Barron**

Apellido de estudiante	Nombre	Inicial	Grado	Maestro (a)		
Apellido de los Padres, o tutor legal	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento de estudiante (m/d/a) / /	Edad	Genero M / F	
Direccion			Numero do tel de los padres o tutor legal:			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Escuela			

**Por favor conteste las siguientes preguntas si, o, no, con un círculo. Necesitamos esta informacion importante de salud para determinar si su hijo(a) puede recibir esta vacuna.**

1. Su niño tiene seira alergia a los huevos?	YES	NO
2. Su niño tiene otra clase de alergia serias? Por favor escriba: _____	YES	NO
3. Su niño nunca a tenido seria reaccion a la vacuna de la gripe (flu) anterior mente?	YES	NO
4. Su niño nunca atendido el sinrome de Gullian Barre' (es un-tipo de debilidad en los musculos temporal) entre las 6 semanas despues de recibir la vacuna de la gripe?	YES	NO

Su niño a sido vacunado de cualquiera de este tipo de vacunas en estos ultimos 30 dias? Si fue vacunado por favor indique que clase de vacuna y la fecha. Que clase de vacuna _____ Cuando fue vacunado Mes ____ Dia ____ Ano _____	YES	NO
Recibio su hijo la vacuna de la gripe el ano pasado? En caso afirmativo ponga cuantas dois es recibio su hijo? Dosis 1 2	YES	NO

**Por favor marquee con circulo si, o no, para cada forma de consentimiento, informacion de aseguranza complete, y firmar abajo. Su higo no recibira la vacuna de la influenza (gripe) si no esta firmada por los padres otutor legal.**

1. He leído la declaracion 2016-2107 de la vacuna contra la influenza (gripe) y entender los riesgos y beneficios. Este consentimiento permite que la salud publica del Condado de Barron. Para adminstar la vacuna contra la gripe a los niños mencionados anteriormente.	YES	NO
2. Doy consentimiento para el intercambio de datos de vacunacion de la gripe del Registro de Wisconsin (WIR) de vacunas para que mi clinica y medico es conciente de que mi hijo recibio esta vacuna.	YES	NO
3. Marque con un circulo la mayor descripcion de la cobertura de seguro de salud de su hijo:  <b>Badger Care (Aseguranza de salud)      Health Insurance, vaccines covered (Aseguranza de salud, que cubra las vacunas)</b> <b>Health Insurance, vaccines not covered (Aseguranza de Salud, que no cobre las vacunas)</b> <b>No health insurance (No aseguranza)</b>		

**Firma de los Padres o Tutores Legales: \_\_\_\_\_ : FECHA: \_\_\_\_\_**

Date Dose Administered	Route	IM Site	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
	IM	LD RD			